

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

# SARCOMATOSE CUTANÉE

GÉNÉRALISÉE PRIMITIVE

---

## THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

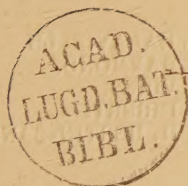
Le 25 Mars 1899

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

François PAUZIER

Né à Cazouls-d'Hérault, le 5 juin 1873



---

MONTPELLIER

IMPRIMERIE CHARLES BOEHM

DELORD-BOEHM ET MARTIAL SUCCESEURS

Éditeurs du Nouveau Montpellier médical

—  
1899

# PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. VIALLETON..... DOYEN  
HAMELIN (\*)..... ASSESSEUR

## PROFESSEURS :

|                                                  |                           |
|--------------------------------------------------|---------------------------|
| Hygiène.....                                     | MM. BERTIN-SANS.          |
| Clinique médicale.....                           | GRASSET (*).              |
| Clinique chirurgicale.....                       | TEDENAT.                  |
| Clinique obstétricale et Gynécologie.....        | GRYNFELT.                 |
| Thérapeutique et Matière médicale.....           | HAMELIN (*).              |
| Clinique médicale.....                           | CARRIEU.                  |
| Clinique des maladies mentales et nerveuses..... | MAIRET (*).               |
| Physique médicale.....                           | IMBERT.                   |
| Botanique et Histoire naturelle médicale.....    | GRANEL.                   |
| Clinique chirurgicale.....                       | FORGUE.                   |
| Clinique ophtalmologique.....                    | TRUC.                     |
| Chimie médicale et Pharmacie.....                | VILLE.                    |
| Physiologie.....                                 | HEDON.                    |
| Histologie.....                                  | VIALLETON.                |
| Pathologie interne.....                          | DUCAMP.                   |
| Anatomie.....                                    | GILIS.                    |
| Opérations et Appareils.....                     | ESTOR.                    |
| Microbiologie.....                               | RODET.                    |
| Médecine légale et Toxicologie.....              | SARDA.                    |
| Clinique des maladies des enfants.....           | BAUMEL.                   |
| Anatomie pathologique.....                       | N....                     |
| id.                                              | Bosc (Chargé du Cours) .. |

*Doyen honoraire : M. MAIRET (\*).*

*Professeurs honoraire : MM. JAUMES, DUBRUEIL (\*), PAULET (O. \*).*

## CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

|                                                 |                      |
|-------------------------------------------------|----------------------|
| Accouchements.....                              | MM. VALLOIS, agrégé. |
| Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées....  | BROUSSE, agrégé.     |
| Clinique annexe des maladies des vieillards.... | VIRES, agrégé.       |
| Pathologie générale.....                        | DE ROUVILLE, agrégé. |
| Pathologie générale.....                        | RAYMOND, agrégé.     |

## AGRÉGÉS EN EXERCICE

|              |                  |                 |
|--------------|------------------|-----------------|
| MM. BROUSSE. | MM. DE ROUVILLE. | MM. GALAVIELLE. |
| RAUZIER.     | PUECH.           | RAYMOND.        |
| LAPEYRE.     | VALLOIS.         | VIRES.          |
| MOITESSIER.  | MOURET.          | IMBERT.         |
| BOSC.        | DELEZENNE.       | H. BERTIN-SANS. |

MM. H. GOT, *Secrétaire.*

F.-J. BLAISE, *Secrétaire honoraire.*

## EXAMINATEURS DE LA THÈSE

|                               |  |                          |
|-------------------------------|--|--------------------------|
| MM. FORGUE, <i>président.</i> |  | MM. DE ROUVILLE, agrégé. |
| TÉDENAT, professeur.          |  | LAPEYRE, agrégé.         |

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA SŒUR ET A MON BEAU-FRÈRE

F. PAUZIER.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE  
**Monsieur le Professeur FORGUE**  
CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

A TOUS MES AMIS

F. PAUZIER.

## AVANT-PROPOS

---

Au moment d'accomplir notre dernier acte à la Faculté de Médecine, nous sommes heureux de rendre à nos maîtres le juste tribut de reconnaissance qui leur est dû. Nous remercions particulièrement M. le professeur Forgue, pour l'attention qu'il n'a cessé de nous prodiguer durant le cours de nos études et pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse de doctorat. Nous associons à ces témoignages de sympathie MM. les professeurs Carrieu, Grasset et Tédénat, et tous nos maîtres de la Faculté de Montpellier dont nous ne saurions assez apprécier le bon enseignement. Que les D<sup>rs</sup> Jeanbrau, chef de clinique chirurgicale, et Gibert, chef de clinique médicale, reçoivent l'expression de toute notre gratitude pour l'obligeance qu'ils ont eue de nous confier deux observations relatives à notre travail.

---



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

## INTRODUCTION

---

Nous avons eu l'occasion d'observer, il y a deux mois, dans le service de M. le professeur Forgue, un remarquable cas de sarcomatose cutanée généralisée. Il s'agissait d'une jeune fille de 19 ans, dont l'état général était excellent, qui n'avait pas d'antécédents héréditaires ni personnels intéressants, et chez qui s'était développée en septembre 1898, au niveau de l'avant-bras gauche, sans cause appréciable, une petite tumeur intradermique, bientôt suivie, dans l'avant-bras, les seins et la peau du thorax, de tumeurs semblables. Lorsqu'elle entra dans le service de M. le professeur Forgue, elle avait son membre supérieur gauche et ses mamelles véritablement farcis de néoplasmes dont la nature ne faisait aucun doute : il s'agissait bien de sarcomatose généralisée avec tous les caractères cliniques de cette affection. Quelques semaines après, il entra dans le service de M. le professeur Grasset, un homme de 40 ans, qui présentait un grand nombre de tumeurs à début sous-cutané, secondairement cutanées, disséminées sur toute la surface du corps. Il s'agissait encore comme, dans le premier cas, de sarcomatose généralisée.

Frappé par ces deux cas qui constituent de véritables curiosités cliniques et sur le conseil de M. le professeur Forgue, nous avons choisi cette variété rare de sarcome pour sujet de notre thèse inaugurale. Mais nous regrettons très vivement que les circonstances ne nous permettent pas d'en faire une étude plus complète et plus documentée. La question du sarcome et des tumeurs malignes en général est, en ce moment, si discutée et

les arguments invoqués pour en éclairer la pathogénie sont si nombreux et si différents que nous nous sommes borné à une esquisse rapide de la question, pour laquelle nous réclamons l'indulgence bienveillante de nos Juges.

Notre travail comprend sept chapitres : Dans le premier, nous rapportons l'observation de la malade de M. le professeur Forgeue, et celle de M. le professeur Grasset.

Dans le second, nous définissons la sarcomatose cutanée généralisée ; nous la séparons des autres variétés de tumeurs cutanées et nous rappelons rapidement les principaux travaux qui ont été faits sur la question et les principales observations qui ont été publiées.

Le troisième chapitre est consacré à l'étiologie et à la pathogénie de cette affection.

Le chapitre quatrième résume les lésions qui caractérisent la sarcomatose cutanée généralisée.

Dans le chapitre cinquième, nous énumérons les symptômes propres à la sarcomatose généralisée et nous indiquons la marche clinique, d'où nous déduisons le pronostic.

Le diagnostic fait l'objet du chapitre suivant.

Enfin, nous terminons par l'exposé des principaux modes de traitement.

---

## CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

# SARCOMATOSE CUTANÉE GÉNÉRALISÉE PRIMITIVE

---

## CHAPITRE PREMIER

---

### Première Observation (Inédite).

Sarcomatose cutanée et sous-cutanée généralisée primitive (Observation recueillie dans le service de M. le Professeur Forgue, par le Dr Jeanbrau, Chef de clinique chirurgicale).

M<sup>lle</sup> Victorine R..., 19 ans, entre, le 19 novembre, salle J.-L. Petit, n° 5.

*Antécédents héréditaires* : nuls.

*Antécédents personnels* : rougeole dans son enfance. Pas d'autres affections dont la malade se souvienne. A l'âge de 4 ans, elle reçut de l'eau bouillante sur la nuque ; il s'en suivit une brûlure du troisième degré qui a laissé une cicatrice gaufrée, de la largeur de la paume de la main. Réglée à 11 ans, toujours régulièrement ; les dernières règles n'ont pas paru.

*Maladie actuelle.* — Au mois de juillet 1898, la malade éprouva de la gêne dans les mouvements du coude gauche. Elle regarda son avant-bras et s'aperçut que celui-ci s'était légère-

ment tuméfié ; mais la peau était normale et il n'existait pas de tumeur, ni d'ulcération.

Un médecin, consulté, conseilla l'huile de foie de morue.

La tuméfaction de l'avant-bras resta stationnaire jusqu'au mois de septembre. A ce moment, au niveau de l'apophyse radiale, il se développa une petite tumeur qui atteignit rapidement le volume d'un pois chiche, très mobile sous la peau, qui n'était pas altérée dans sa couleur, ni dans sa consistance, très mobile sur les plans sous-jacents ; c'est la tumeur qui a marqué le début de l'affection actuelle. En un mois elle doubla de volume, en gardant toutefois les caractères qu'elle avait au début. Au mois d'octobre, brusquement, sans qu'il y ait eu de nodules intermédiaires développés sur le membre supérieur, la malade a constaté le développement de tumeurs semblables dans les seins, trois ou quatre dans chaque mamelle, sous-cutanées, mobiles, indolentes, à développement rapide. La jeune fille prit alors des dépuratifs qui, paraît-il, les auraient fait diminuer.

A partir de ce moment, une véritable généralisation a commencé. L'avant-bras et le bras du côté gauche, puis l'aisselle ont été envahis rapidement par des tumeurs à marche rapide, qui ont changé de caractères au niveau de l'avant-bras. Ces jours derniers, en s'habillant, la malade s'aperçut d'une tumeur nouvelle dans la région sus-claviculaire droite. Le dernier nodule en date est né dans la paroi latérale de l'abdomen.

Cette floraison de tumeurs ne s'est accompagnée d'aucun phénomène général. L'appétit est resté bon, les digestions sont normales, les forces n'ont pas diminué, il n'y a pas eu d'amaigrissement. La malade n'a jamais toussé, ni présenté d'expectoration sanglante.

*A l'examen.* — La malade paraît avoir un bon état général. Elle ne se plaint d'aucun trouble fonctionnel et entre dans le service pour les tumeurs qui se sont développées sur son corps en l'espace de deux mois. Ces tumeurs sont irrégulièrement

disséminées sur le membre supérieur gauche, dans les mamelles, à la nuque, dans la paroi abdominale.

*Tumeurs du membre supérieur.* — L'avant-bras et la partie inférieure du bras sont tuméfiés en totalité, doublés de volume environ. La main et l'épaule ont leur aspect et leur volume normaux ; il existe cependant un peu d'œdème mou du dos de la main. La lésion la plus importante a son siège à la partie inférieure de l'avant-bras, au-dessus du point où le nodule primitif s'est développé. Le tiers inférieur de l'avant-bras est tuméfié en totalité, de volume double de celui du côté opposé ; la région antérieure est soulevée par une tumeur bosselée qui atteint presque l'étendue de la main de la malade, recouverte par la peau distendue, lisse, luisante, de couleur lie de vin et rose aux points les plus saillants. Il n'existe pas de fistule, ni d'ulcération, mais il semble que la peau, très amincie, soit sur le point d'éclater.

À la palpation, on perçoit nettement une différence de température avec le côté opposé : l'avant-bras malade a quelques dixièmes de plus que le côté sain. La tuméfaction, mamelonnée, a une consistance dure, homogène et n'est fluctuante en aucun point. La peau, cedémateuse, adhère intimement à la tumeur, qui est fixée, et ne peut être mobilisée sur les plans sous-jacents.

Au-dessus de cette tuméfaction, qui entoure l'avant-bras comme un bracelet, existe un semis de nodosités, ne dépassant pas les dimensions d'une pièce de 20 centimes, de couleur jaune doré ; en passant la main sur la peau on perçoit un certain nombre d'autres nodosités plus petites, qui ne font pas saillie et qui sont nettement hypodermiques.

La partie supérieure de l'avant-bras est infiltrée par une plaque d'œdème dur qui arrive jusqu'à l'articulation et limite la flexion et l'extension, empêche la pronation et la supination. La face interne du bras du même côté présente une tumeur de volume presque aussi grand qu'à l'avant-bras, mais sans modification de

la peau. Dans l'aisselle et dans la région scapulaire gauche, dans la nuque, des tumeurs ne dépassant pas le volume d'une noix sont irrégulièrement disséminées ; elles sont toutes sous-cutanées.

Les seins sont bourrés de tumeurs dures, mobiles, mais ne soulevant pas la peau ; le début s'est fait par le côté gauche ; la mamelle de ce côté contient une grosse tumeur aplatie, du volume d'une petite mandarine, avec deux autres plus petites à la partie externe.

Enfin pendant les quelques jours durant lesquels cette malade est restée à l'hôpital, nous avons vu naître un nodule dans la paroi abdominale, à un doigt au-dessus et en avant de l'épine iliaque antéro-supérieure. La malade nous le fit percevoir alors qu'il était d'un volume d'une petite lentille. Le lendemain, il avait les dimensions d'un gros pois. Il resta stationnaire jusqu'à la sortie de la malade.

Aucune de ces tumeurs n'est douloureuse. Il n'existe pas de phénomène subjectif. Il n'y a pas d'adénopathie dans les aines, ni dans les aisselles ; la muqueuse buccale est absolument saine. L'auscultation des poumons et du cœur est négative.

En présence de ces lésions, on porte le diagnostic de Sarcomatose sous-cutanée primitive généralisée.

La malade sort quelques jours après, sans avoir présenté rien de particulier.

Des renseignements communiqués à M. le professeur Forgue nous ont appris que la malade avait succombé le 25 février sans qu'on ait pu préciser à la suite de quels phénomènes.

## Observation II.

Un cas de sarcomatose généralisée, par M. le Dr Gibert, Chef de clinique médicale (Communication à la Société des Sciences médicales de Montpellier, séance du 20 janvier 1899).

M. GIBERT présente un malade de 40 ans, entré dans le service de M. le professeur Grasset. Au niveau de la cuisse gauche de ce malade, il y a un an environ apparut une petite tumeur, roulant sous le doigt, recouverte de peau saine et indolente. Cette nodosité sous-cutanée, la première en date, est restée unique pendant deux ou trois mois, puis est survenue une grosseur analogue au niveau de la base du thorax, et enfin peu à peu une éclosion abondante s'est faite, disséminée sur presque toute la surface du corps.

Ces tumeurs sont primitivement sous-cutanées et n'intéressent aucunement la peau. Dans un second temps la peau devient adhérente, fait corps avec la néoplasie et devient d'un rouge foncé ; on voit quelques exemples de ce stade au niveau du dos. Enfin sur la cuisse on a la dernière phase évolutive de la néoformation ; une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule, assez dure au toucher, mobile sur les plans profonds. La peau est très altérée en ce point, et tout fait prévoir une ulcération prochaine.

On observe des ganglions dans les aines.

D'autre part, du côté des autres systèmes on ne trouve rien. Pas d'amaigrissement ; la teinte pâle du malade est sa teinte habituelle. Les fonctions digestives s'accomplissent normalement, l'appareil respiratoire n'est pas touché.

Cependant il faut ajouter, pour terminer cette histoire clinique, que la vue du malade a baissé et qu'il a présenté peut-être des lésions du fond de l'œil. Tous ses parents sont en bonne

santé. Lui-même n'a jamais fait de maladie sérieuse; il est marié depuis deux ans et a un enfant bien portant. Il nie la syphilis, l'éthylisme ; jamais il n'a quitté la France pour les pays chauds. De telle façon que rien dans ses antécédents ne peut éclairer le diagnostic.

A quelle maladie avons-nous affaire ?

La lèpre et la tuberculose paraissent d'emblée pouvoir être écartées. La syphilis ne fait pas des efflorescences aussi étendues et d'évolution aussi longue. (La tumeur de la cuisse date d'un an et n'a pas encore fondu). Elle serait, en tout cas, arrivée au tertiarisme, sans accidents secondaires patents.

Restent le mycosis fongoïde et la sarcomatose généralisée. Le mycosis prend la peau et y forme dès le début des plaques rouges qui s'agrandissent, s'hyperplasient et s'ulcèrent ; ici le début est sous-cutané; si bien que l'on peut porter ici le diagnostic de fibro-sarcomatose généralisée à début sous-cutané.

---

## CHAPITRE II

### Définition et Historique.

---

Dans la peau comme partout ailleurs, deux tumeurs malignes se rencontrent : l'épithélioma et le sarcome.

L'*épithélioma* ou *cancer* est d'origine épithéliale ; il naît dans l'épiderme ou dans les glandes de la peau. Il n'est jamais dermique ou sous-dermique primitivement.

Le *sarcome*, au contraire, développé aux dépens d'éléments conjonctifs, ne peut naître que dans le derme ou dans le tissu cellulaire sous-cutané. S'il se développe primitivement dans la peau ou sous la peau, il constitue le sarcome cutané primitif, et, comme cette néoplasie s'étend rapidement à la surface du corps en se multipliant, elle donne lieu à l'affection appelée *sarcomatose généralisée primitive*. C'est une forme de sarcome spéciale à la peau.

Elle diffère sensiblement des trois autres variétés du même néoplasme, que l'on rencontre au niveau du revêtement cutané : le sarcome localisé et primitif qui persiste longtemps et ne présente aucun caractère digne d'intérêt ; la sarcomatose généralisée secondaire à un sarcome viscéral ou ganglionnaire ; enfin le sarcome caractérisé par l'infiltation de pigment noir, rapidement généralisé, sans aucune particularité qui le différencie de celui des autres régions.

La sarcomatose généralisée primitive n'existait pas comme individualité clinique avant 1870. C'est le professeur Kaposi

qui l'a isolée des lésions analogues, dans un travail publié dans les *Annales allemandes de dermatologie*. Il s'appuyait sur cinq observations et donnait à cette affection le nom, aujourd'hui abandonné comme défectueux, de *sarcome pigmentaire*.

En 1869, Köbner avait bien publié deux cas de sarcomes généralisés, mais il s'agissait de tumeurs développées secondairement à un néoplasme profond.

Les auteurs qui ont précédé ont tous confondu le sarcome cutané avec le molluscum ou le mycosis fongoïde.

Rayer, Bielt, Cazenave, Gibert, Devergié, passent cette lésion sous silence. Alibert et Bazin décrivent le mycosis fongoïde, mais ne font pas mention de la sarcomatose cutanée.

Parallèlement, les histologistes, parmi lesquels Virchow et Rindfleisch, firent l'étude des lésions secondaires dues à la généralisation sarcomateuse cutanée, mais dans aucun de leurs ouvrages on ne trouve indiquée la sarcomatose primitive de la peau, et ce fut Kaposi qui, le premier, apporta des faits qui permirent d'établir une classification nouvelle de ces néoplasmes. Dès que l'attention des dermatologistes fut attirée sur cette variété de lésions, les observations, peu nombreuses il est vrai, mais suffisantes pour en permettre la description, se multiplièrent. Toutefois, il a fallu arriver à ces dernières années pour établir nettement les caractères de l'affection qui nous occupe. Et dans un certain nombre de cas publiés sous le titre de sarcome cutané généralisé, il s'agit de mycosis fongoïde ou de sarcomes mélaniques multiples. Malgré cela, nous devons citer, pour faire un historique complet, le cas de M. Vidal, publié dans la thèse de Demange, qui a trait à un sarcome cutané érectile ; le cas de H. Port, qui fut publié en 1873 sous le titre de « sarcomes multiples de la peau simulant le mycosis » et le cas de Weber, dans lequel il existait une généralisation viscérale.

En 1876, la question fit un pas de plus avec le travail de Wigglesworth ; l'année suivante, Tanturri fit connaître sept

observations nouvelles étiquetées « sarcomes multiples idiopathiques téléangiectasiques ». A partir de ce moment, on connaît mieux la physionomie clinique de l'affection, et on la diagnostique même chez les enfants. Buttlin en découvre un cas en 1878, chez un enfant de dix ans. A la Société pathologique de Londres en 1879, Gardner et J. Coats présentent un cas de « tumeurs multiples, dont quelques-unes disparurent spontanément pendant l'observation ». Deux faits nouveaux furent ensuite décrits par Hardaway, et même Köbner, dans le *Berliner Klinische Wochenschrift*, en 1883, en relate une observation où le malade fut guéri par des injections hypodermiques d'arsenic. Il n'y avait d'ailleurs pas d'examen histologique à l'appui du diagnostic clinique.

En 1882, un professeur italien, de Naples, de Amicis, fait une importante étude sur douze observations inédites qui se rapportent à des « mélano-sarcomes multiples idiopathiques de la peau ». Ce travail fut suivi par les observations d'Ozenne et de Dauchez et Legendre.

Mais c'est en 1886 que parut le plus important travail qui ait été fait sur la question qui nous occupe. Un élève de M. Besnier, M. Léon Perrin, lui consacra une thèse remarquable, très documentée, contenant les observations publiées antérieurement, ainsi que deux cas fort intéressants recueillis à l'hôpital Saint-Louis. C'est d'après ce travail, qui vulgarise pour ainsi dire la sarcomatose cutanée, que toutes les études écrites depuis ont été faites, et nous avons cru ne pouvoir mieux faire que de nous baser sur ses données générales, qui, malgré de nouvelles observations, ont très peu varié.

Perrin divisait son étude sur les sarcomes mélaniques généralisés de la peau en :

- |                                              |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|----------------------------------------------|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| A. — SARCOMES GÉNÉRALISÉS<br>PRIMITIFS.      | { | (a) <i>Type Kaposi</i> . — Début par les extrémités, ou par tumeur isolée en un point quelconque et suivie rapidement de l'extension aux extrémités.<br>(b) <i>Type hypodermique</i> . — Globo-cellulaire simple.<br>(c) <i>Cas intermédiaires ou hybrides</i> .<br>(d) <i>A forme pseudo-mycosique</i> . |
| B. — SARCOMES GÉNÉRALISÉS<br>SECONDAIRES A : | { | 1° Une tumeur localisée cutanée.<br>2° Une tumeur viscérale.                                                                                                                                                                                                                                              |

Nous éliminons de notre étude les sarcomes généralisés secondaires qui ne se rapportent pas au sujet ; mais pour tout le reste de la question, c'est encore à la thèse de Perrin que renvoyent tous les classiques, et c'est d'après cet auteur que nous résumerons la symptomatologie et les caractères anatomiques de la sarcomatose généralisée.

Un certain nombre d'observations ont cependant été publiées depuis 1886, mais les enseignements qu'on a pu en tirer au point de vue de la pathogénie et du traitement ont été négatifs, étant donné que le sarcome, bien connu dans sa structure histologique, est encore inconnu dans sa nature et que le meilleur mode de traitement reste toujours l'extirpation complète et précoce lorsqu'il est localisé. Toutefois, les faits qui sont venus grossir le nombre de sarcomes cutanés publiés par Crevet, Joya, Costa, von Bergmann, Sherwell, Hallopeau, Lewin ; les observations d'Arning, Touton, Cimmings, G. Gatti, Hallopeau et Jeanselme, Fileti, Perrin et Leredde, Malherbe, les cas de Malherbe, Gravogna, Tandler, Vanverts, Wende, Stravens, etc., permettent de préciser les caractères symptomatiques et l'évolution clinique de l'affection. Grâce à ces travaux, le mycosis fongoïde se différencie facilement, à l'heure actuelle, de la sarcomatose cutanée, et, dès le début de l'affection, en se basant sur les caractères fournis par ces divers auteurs, il est possible de faire un diagnostic précis.

---

## CHAPITRE III

### Étiologie et Pathogénie.

---

Les causes de la sarcomatose sont encore inconnues : le dépouillement des observations montre que les hommes en sont plus souvent atteints que les femmes, et, en 1886, Perrin n'avait recueilli que trois cas développés chez des femmes.

L'âge ne paraît pas avoir d'influence très nette, d'après Kaposi, il varie de 40 à 68 ans ; d'après Tanturri, de 43 à 60 ans, d'après De Amicis de 39 à 74 ans. Ce dernier auteur a publié l'observation d'un enfant, et Köbner, Hallopeau et Boutier ont observé un cas de sarcomatose cutanée dans l'adolescence.

Les professions laborieuses, par suite des fatigues et des mauvaises conditions physiologiques dans lesquelles elles placent les malades, favorisent le développement de cette lésion. Quant aux antécédents, ils ont ici l'importance, encore mal élucidée, qu'ils ont dans le développement des néoplasmes en général.

En 1886, Perrin faisait remarquer l'extrême rareté de cette affection en France, où il n'en avait été publié que cinq observations, alors qu'à la même époque De Amicis et Tanturri en avaient communiqué dix-neuf cas recueillis en Italie.

La pathogénie de la sarcomatose cutanée, comme celle du sarcome et de toutes les tumeurs en général, est encore inconnue. On en est réduit aux hypothèses, et ici les auteurs en

invoquent deux principales qui n'ont pas encore trouvé de vérification expérimentale à l'abri de toute critique : la théorie des germes embryonnaires de Conheim, et la théorie parasitaire. La première ne peut expliquer la généralisation dans la sarcomatose cutanée qui éveille, comme le dit M. Delbet, plus que toute variété de sarcome, l'idée d'origine infectieuse. En effet, la généralisation rapide, non seulement dans le sens du cours de la lymphe, mais encore la dissémination au loin, sans systématisation régulière, ne se comprend guère que si elle est produite par un élément parasitaire pullulant dans l'organisme, charrié par le sang ou la lymphe et s'arrêtant au hasard dans les divers points de l'organisme. Mais, malgré les recherches tentées, aucune hypothèse n'a de fait positif à l'appui. M. le professeur Forgue enleva, au second malade dont nous donnons l'observation, un nodule sous-cutané du dos ; divisé en deux parties, chacune d'elles fut insérée sous la peau du ventre d'un cobaye par M. le professeur-agrégé Bosc. Les greffes semblaient avoir pris quelques semaines après ; mais les espérances ont été déçues, et cette double inoculation a été négative. Aussi, en raison de l'incertitude dans laquelle se trouvent encore les auteurs qui s'occupent de cette passionnante question, ne nous arrêterons-nous pas plus longtemps sur ce point ; qu'il nous suffise d'indiquer que Hallopeau et Janselme ont publié, en 1892, un cas de sarcomatose cutanée offrant les caractères cliniques d'une lymphangite infectieuse. Mais les recherches bactériologiques furent vaines, et il fut impossible de déceler le parasite qui paraissait *cliniquement* devoir exister. Nous devons ajouter encore que Costa, en 1889, a émis l'opinion que les sarcomes multiples de la peau pouvaient être de nature inflammatoire ; mais c'est aller bien loin que de faire, d'une lésion aussi effroyablement maligne que la sarcomatose, une affection simplement inflammatoire. D'ailleurs, il ne s'agit là que d'une question de mots. Les tumeurs ne sont probablement que des

réactions des tissus vis-à-vis des agents inconnus qui leur donnent naissance, de même que l'inflammation est la réaction vis-à-vis des microbes. Dire que la sarcomatose est de nature inflammatoire n'est pas résoudre la question : il faudrait préciser l'aspect spécifique qui provoque cette inflammation. En somme, bien que, parmi toutes les tumeurs malignes, la sarcomatose cutanée généralisée soit l'affection qui ressemble le plus à une lésion d'origine parasitaire, sa nature est encore, à l'heure actuelle et peut-être pour longtemps, absolument ignorée.

---

## CHAPITRE IV

### Anatomie pathologique.

---

La structure de cette variété de sarcome est celle du sarcome en général dans ses diverses variétés histologiques, avec quelques particularités qui tiennent surtout à la vascularisation, à la présence de papilles dermiques et d'épithélium stratifié à couche cornée. Nous allons rapidement, d'après les observations publiées avec un examen histologique, passer en revue les caractères de la néoplasie sarcomateuse de la peau.

Au point de vue macroscopique, si l'on enlève un fragment de peau, avant que le nodule se soit formé, à la période maculeuse, pourrait-on dire, on constate un tissu mollasse extrêmement vasculaire, ne paraissant pas pousser de prolongements dans la profondeur et ne dépassant pas la couche profonde du derme. A une période plus avancée, les nodules dermiques ou hypodermiques sont formés de masses de tissu dur, mal limité, très riche en vaisseaux, coloré en brun par du pigment sanguin, ce qui avait fait donner à cette tumeur, par Kaposi, le nom de sarcome pigmentaire.

Sur des coupes microscopiques, il y a lieu d'étudier successivement les différents éléments de la tumeur, c'est-à-dire les cellules sarcomateuses, les vaisseaux, la substance intercellulaire, le dépôt pigmentaire; ensuite on doit rechercher les lésions secondaires, qui sont dues à l'envahissement de l'épiderme et des glandes.

Ici comme dans le sarcome en général, ce sont les cellules qui constituent l'élément important ; c'est à leur forme que le sarcome doit son nom ; c'est ainsi que l'on décrit 1° des sarcomes à cellules rondes, ou *globo-cellulaires* ; 2° des sarcomes à cellules fusiformes ou sarcomes *fuso-cellulaires* ; 3° des sarcomes à cellules infiltrées d'un pigment noir ou sarcome *mélanique*, ou sarcome *pigmentaire*.

La première variété, qui est aussi une des plus fréquentes, est formée d'éléments ronds, à protoplasma peu abondant, à noyaux occupant la plus grande partie de la cellule, avec une tendance très nette à devenir allongés. Il existe toujours, disséminées irrégulièrement dans la masse néoplasique, des cellules fusiformes qui sont en nombre plus ou moins grand selon les cas.

Dans la seconde variété, les cellules sont effilées en fuseau et forment par leur réunion des faisceaux qui, sur des coupes transversales, prennent des apparences de tourbillons. La direction de ces faisceaux est commandée par la présence des vaisseaux.

Dans un grand nombre de cas, les cellules, gardant leur caractère embryonnaire qui a fait comparer le tissu sarcomateux à des bourgeons charnus, sont infiltrées de pigment et présentent une teinte noirâtre. Non seulement les cellules sont dans ce cas remplies de pigment, mais il en existe encore dans les espaces intercellulaires. Kaposi, qui, le premier, avait remarqué cette particularité, avait donné au sarcome de la peau le nom de sarcome pigmentaire. Mais, à la suite de Kaposi, les auteurs, confondant le pigment sanguin et le pigment mélanique, ont réuni tous les sarcomes cutanés sous l'appellation inexacte de sarcome mélanique. De Amicis fut le premier à créer cette confusion, en décrivant sous ce nom des néoplasmes infiltrés simplement par du pigment dû à la transformation de l'hémoglobine. Comme le fait remarquer Perrin, il ne s'agit pas là de mélanose vraie, mais d'une pseudo-mélanose qui n'a aucun caractère néoplasique.

Le deuxième élément constitutif du néoplasme est représenté par les vaisseaux, qui sont développés extraordinairement, à tel point que Tanturri avait donné à ce genre de lésion le nom de sarcome multiple télangiectasique, et Vidal et Ranvier le nom de sarcome cutané érectile. Les vaisseaux sont des capillaires à parois embryonnaires sans couche conjonctive, creusés dans la substance même des nodules, et dont l'endothélium est en contact immédiat avec les cellules néoplasiques. L'absence de parois conjonctives rend ces capillaires, dans lesquelles la circulation est très active, excessivement fragiles ; et, la situation superficielle des tumeurs les exposant particulièrement aux traumatismes, il n'est pas étonnant que, dès le début, des hémorragies interstitielles se produisent dans l'intérieur des tumeurs. Le sang épanché subit les modifications habituelles dont on suit l'évolution dans les ecchymoses : l'hémoglobine se transforme en hématine, qui colore en noir les cellules et les interstices qui les séparent. Ce fait a été constaté par Armanni et De Amicis, qui ont vu des coupes de nodules enlevés à la première période de leur développement, complètement incolores, alors que, quelque temps après, il s'était produit une pigmentation diffuse ; c'est cette pigmentation qui, à un examen superficiel, a fait penser, bien souvent, qu'il s'agissait de mélanosarcome. La substance intermédiaire est une substance amorphe, que la prolifération exagérée des éléments cellulaires réduit progressivement. Elle est remplacée par du pigment sanguin lorsque, comme nous l'avons dit plus haut, des hémorragies interstitielles se produisent.

Les sarcomes mélaniques vrais sont formés d'un mélange inégal de cellules globos et fuso-cellulaires, qui doivent leur coloration brune à la présence d'un pigment brun, la mélanine, dont l'origine, longtemps discutée, n'est pas encore connue. Ces granulations, que certains auteurs ont confondues avec des résidus sanguins, sont réfringentes, quelquefois agglomérées en

petits blocs, et, dans le suc obtenu par râclage des tumeurs, sont douées de mouvements browniens.

Quelles sont maintenant les lésions de l'épiderme ? Dans les sarcomes sous-cutanés, il ne présente aucune altération microscopique. Dans les sarcomes cutanés, l'épiderme est souvent aminci, rarement augmenté dans son épaisseur, quelquefois en voie de prolifération dans sa couche malpighienne. Il est presque constant de voir le corps muqueux infiltré de pigment sanguin. Les glandes sudoripares et les glandes sébacées restent normales, jusqu'à la dernière période de l'affection, bien que certains auteurs aient constaté leur envahissement par la néoplasie. En effet, nous voyons que, dans les observations de sarcome cutané étendu au cuir chevelu et à la face, les cheveux et les poils ne présentaient aucune altération et conservaient, au contraire, leur vitalité. Ce caractère anatomique a une importance très grande au point de vue du diagnostic avec le mycosis fongoïde, dans lequel il existe, en règle générale, des altérations profondes des follicules pileux.

Nous nous abstenons de donner ici les examens histologiques qui ont été publiés avant la thèse de Perrin, parce qu'ils ne sont pas suffisamment concordants ; mais nous ne pouvons mieux faire, pour terminer cette courte esquisse des lésions histologiques du sarcome cutané, que de donner l'examen microscopique d'un nodule enlevé chez un malade atteint de cette affection généralisée et publié, en 1895, par MM. Perrin et Leredde :

« Le fragment examiné est formé de nodules, de volume variable, au contact les uns des autres, qui, de temps en temps, tendent à former des nodules plus petits, mais jamais ceux-ci ne sont bien dessinés ; c'est dans leur intervalle cependant que se trouvent des vaisseaux, peu nombreux, jamais volumineux.

» A un fort grossissement, on distingue des cellules de plusieurs formes qu'on peut classer de la manière suivante :

» a) La plupart des éléments, ceux qui forment la plus grande partie du tissu et qu'on trouve dans toute son étendue, sont des cellules variables dans leurs dimensions et leur forme, mais qui ont un trait commun, la présence d'un noyau ovalaire, très peu chromatique, avec un nucléole apparent, en somme identique aux noyaux des cellules conjonctives fixes.

» Le protoplasma est toujours apparent, mal limité parfois, souvent arrondi ; il se colore d'une manière diffuse par les couleurs d'aniline acides. Parfois, il envoie des traînées allongées qui peuvent unir les cellules entre elles.

» La dimension de ces cellules est assez considérable, on peut évaluer leur diamètre à 20  $\mu$ .

» Il n'est pas rare d'y trouver des caractères de karyokinèse, et fréquemment on voit des éléments semblables aux précédents par leur protoplasma, toutefois plus volumineux, possédant deux ou trois noyaux.

» On a ainsi toutes les transitions avec les cellules géantes que l'on voit en quelques points, toujours à la périphérie des nodules. Elles offrent un protoplasma trouble et une couronne toujours incomplète de noyaux, ronds ou allongés, serrés les uns sur les autres. On en trouve dix, quinze par cellules.

b) Entre les cellules fondamentales, il existe de petits groupes d'éléments tout différents, en général amassés autour des vaisseaux. Ce sont des lymphocytes et des cellules à protoplasma colorable par les couleurs basiques : en appliquant la méthode d'Unna (bleu polychrome, créosol), on s'aperçoit qu'il s'agit en réalité de plasmastzellen. Parfois elles sont en grand nombre. On peut distinguer enfin des cellules polynucléaires, périvasculaires aussi ou éparses dans les nodules. Il n'est pas rare d'en trouver dans la lumière des vaisseaux.

» Les vaisseaux intra-nodulaires sont, avons-nous dit, peu développés, mais ils ont en général une paroi propre, offrant des noyaux allongés.

»Les cloisons internodulaires sont formées de fibrilles fines allongées, séparées par des vaisseaux lymphatiques et sanguins. La diapédèse y est peu marquée.

»Les nodules sont séparés de l'épiderme par une couche peu épaisse, répondant au corps papillaire ; on ne peut y relever d'autres lésions qu'un œdème plus ou moins marqué, suivant les points. Quant à l'épiderme, il est aplati, les coins interpapillaires ont tout à fait disparu ; sa structure essentielle est peu modifiée.

Sur les bords de la tumeur, les papilles et les cones interpapillaires reparaissent allongés obliquement.

»Dans la profondeur, la tumeur est en contact avec les faisceaux vasculaires striés, les fibres sont séparées par des cellules lymphatiques abondantes, les vaisseaux sont dilatés, mais on ne trouve plus de cellules semblables aux cellules fondamentales de la tumeur. De place en place on retrouve du tissu conjonctif, avec des mastzellen assez nombreuses. »

En résumé, on voit que la structure des sarcomes cutanés est celle du sarcome en général, avec un développement vasculaire très considérable, et une localisation presque exclusive au niveau du derme.

---

## CHAPITRE V

### Symptomatologie.

---

*Début.* — La sarcomatose cutanée généralisée débute habituellement par les extrémités ; les pieds, les mains, la face, en sont le siège initial de prédilection. Mais il s'en faut qu'il en soit toujours ainsi. Dans nombre d'observations, les tumeurs considérées comme le début de l'affection, parce que le malade les a remarquées les premières, ont commencé par l'avant-bras, le bras, le tronc, le membre inférieur. Si nous nous rapportons à nos deux observations, nous voyons que dans l'une, chez le malade de M. le professeur Forgue, la tumeur initiale s'est développée au niveau de l'apophyse styloïde radiale gauche. Chez le malade de M. le professeur Grasset, c'est sur la cuisse, au contraire, que l'affection se manifesta en premier lieu. Dans l'observation de MM. Perrin et Leredde, communiquée en 1895 à la Société française de dermatologie, le bras était le siège initial. De là, la diffusion s'était faite vers le cou, l'épaule et la face. Mais dès le début, la physionomie de la lésion est différente suivant que l'on a affaire à une sarcomatose cutanée ou sous-cutanée.

Dans la sarcomatose cutanée, il se produit d'abord un œdème dur et douloureux des téguments ; il se forme comme un blindage de la peau, qui perd sa souplesse et son élasticité normales. A la palpation, on perçoit une rénitence dure, qui s'accompagne de sensation douloureuse de la peau, de prurit et d'élan-

cements plus ou moins intenses. Au bout d'un temps variable, la peau, œdématisée, perd sa couleur normale et devient livide puis bleuâtre ; sur ces plaques colorées naissent alors des nodosités brun-rougeâtre, arrondies, de consistance dure, isolées les unes des autres. Ces nodosités ont des dimensions variables, qui vont du volume d'un grain de poudre à celui d'un pois ou d'une noisette. A la palpation on reconnaît qu'elles sont fixées dans le derme, mais parfaitement mobiles sur le tissu cellulaire sous-jacent ; elles sont intra-dermiques. Fréquentes à la paume de la main, leur siège à l'avant-bras est presque toujours localisé à la face antérieure. Elles soulèvent d'abord la peau, puis, peu à peu en quelques semaines, arrivent à former des saillies nettement limitées comme de véritables mamelons. Elles caractérisent dans ce cas le type créé par Kaposi.

D'autres fois, les nodules sarcomateux apparaissent d'emblée dans la peau sans modification préalable de celle-ci : et le malade n'y prête aucune attention, n'étant en rien gêné par leur développement et ne ressentant aucune douleur.

Le début est toujours plus insidieux dans la sarcomatose à développement primitif sous-cutané. La peau n'est jamais modifiée ni dans sa couleur, ni dans sa consistance. Elle n'est ni œdémateuse, ni douloureuse, et, sans le moindre signe avertisseur, des nodules poussent dans le tissu cellulaire sous-cutané, mobiles sur les plans sous-jacents et par suite n'entraînent aucune gêne fonctionnelle. Pour que le malade s'en aperçoive, il faut qu'il passe la main à la surface de la région atteinte. Dans la suite, la généralisation donne lieu à la dissémination d'un grand nombre d'autres noyaux de mêmes caractères, sans modification de la peau.

Tels sont les modes de début de la sarcomatose primitive cutanée et sous-cutanée. Les deux observations que nous reproduisons en tête de ce travail se rapportent à des cas types de sarcomatose sous-cutanée. Chez la jeune fille dont nous donnons

la photographie, le début a été nettement hypodermique ; le nodule initial, développé spontanément au niveau de la styloïde radiale, était parfaitement mobile sous la peau et glissait sur l'os sous-jacent. Le malade, présenté par le D<sup>r</sup> Gibert à la *Société des Sciences médicales de Montpellier*, avait vu le début de son affection caractérisé par une petite tumeur, roulant sous le doigt, recouverte de peau saine et indolente, siégeant au niveau de la cuisse gauche.

Aucun phénomène général ne marque habituellement le début de la maladie.

Dans des cas rares qui auront une évolution rapide, un affaiblissement indique l'invasion de l'organisme ; dans d'autres, de la gêne fonctionnelle attire l'attention du malade, qui s'aperçoit de la présence des nodosités initiales.

*Etat.* — Les premières tumeurs apparues, la période d'état commence. La généralisation va se faire par dissémination irrégulière, à la surface des membres, du tronc, de la face, de nodules semblables à ceux qui ont marqué le début de l'affection. Le malade entre dans la période néoplasique de de Amicis.

Le nombre des tumeurs qui peuvent se produire est très variable. D'après les observations que nous avons parcourues, il varie de vingt ou trente au minimum à plusieurs centaines. Dans nos observations il en existait une vingtaine, de volume très inégal. Elles se développent avec une rapidité quelquefois très grande, et, comme le dit Perrin, à chaque recensement on en trouve de nouvelles. C'est ainsi que, chez la jeune fille entrée dans le service de M. le professeur Forgue, on en vit une se développer au-dessus de l'épine iliaque antéro-supérieure gauche. En deux jours elle atteignit le volume d'une petite noisette et cessa de s'accroître jusqu'au moment où la malade quitta l'hôpital. Il est nécessaire, pour bien se rendre compte du nombre et du volume des nodules sarcomateux, de palper toute la

surface du corps des malades, et d'inscrire sur un schéma les régions dans lesquelles il en existe. On arrive ainsi à dresser par des examens quotidiens le « journal » de la généralisation néoplasique.

Le nombre des tumeurs varie beaucoup suivant les sujets, sans qu'il soit possible de dire quelles sont les influences qui activent ou modèrent la marche de la dissémination du néoplasme. Il en est de même suivant les diverses régions. Dans le plus grand nombre de cas, en particulier dans ceux qui ont été publiés par Kaposi, Vidal, Tanturri, de Amicis et Perrin, c'est aux extrémités et aux membres, pieds, mains, cuisses, avant-bras et bras qu'on les trouve en plus grand nombre. Plus rarement, les membres sont absolument indemnes, et le tronc est le siège exclusif de la lésion, comme dans l'observation XVIII de la thèse de Perrin (Observ. de Hallopeau et Bouttier). La face et le cuir chevelu en sont fréquemment atteints; dans nos deux observations il n'existait pas de nodules sur la tête.

Les mamelles, qui sont le champ de prédilection des néoplasmes primitifs, peuvent être rapidement envahies par la généralisation. Chez la jeune fille dont nous donnons l'observation, les seins étaient littéralement bourrés de noyaux de volume inégal, atteignant pour certains d'entre eux les dimensions d'une petite mandarine.

Les muqueuses ne restent pas toujours à l'abri de l'extension du néoplasme. Dans une des observations de MM. Demange et Vidal, la sarcomatose avait envahi le gland; dans une observation de Perrin (Obs. XVIII), qui a trait à un homme de 22 ans atteint de sarcomatose cutanée, toutes les parois de la cavité buccale en étaient farcies. Enfin les organes des sens eux-mêmes peuvent être atteints: le malade de M. le professeur Grasset présentait des taches grises sur la cornée de la sclérotique: l'examen, pratiqué par M. Truc, permit de conclure à des nodules sarcomateux.

A la période d'état, non seulement les nodules se multiplient, mais encore ils augmentent de volume ; toutefois ils n'atteignent pas des dimensions très considérables et ne dépassent guère le volume d'un œuf de poule ou d'une mandarine.

Ces tumeurs ont une forme à peu près invariable : elles sont aplaties, sessiles, arrondies et discoïdes. Dans des observations rares, en particulier dans un cas de de Amicis et dans l'obs. II de Vidal, elles s'étaient pour ainsi dire individualisées et restaient rattachées à la peau par un pédicule. Lorsque la néoplasie est intradermique, elle s'acumine quelquefois comme nous l'avons vu sur la jeune fille observée au service de M. le professeur Forgue.

La coloration de la peau est un caractère important quand elle existe : au début, nous avons dit que celle-ci n'est pas modifiée dans la sarcomatose sous-cutanée. En effet, dans cette variété de l'affection, la lésion est absolument indépendante de la peau, avec laquelle elle n'a que des rapports de voisinage. C'est le grand signe qui permet d'écarter d'une façon très affirmative l'hypothèse de mycosis fongoïde. Mais il est bien loin d'en être de même dans la sarcomatose cutanée primitive et secondaire. Dans ce cas, en effet, la peau présente une coloration rouge lie de vin, qui devient plus claire au centre même des tumeurs, au niveau de la partie acuminée. Peu à peu la couleur de la peau passe du rouge sombre au bleu violacé, pour prendre plus tard une teinte brune, à reflets bleuâtres. Dans le cas de M. le professeur Forgue, il existait sur l'avant-bras des nodosités cutanées, aplaties comme des disques, ressemblant à des « gouttes de cire jaune » sans aucune altération de la peau au voisinage.

Lorsque les muqueuses sont elles-mêmes envahies, l'épithélium se desquame, et la tumeur est recouverte de bourgeons saillants qui saignent au moindre contact.

Les néoplasies cutanées, parvenues à leur complet développement, ont une consistance moins dure que les nodosités du

début. Elles tendent à devenir molles, surtout si elles sont très vasculaires. La vascularisation est d'ailleurs un caractère habituel du sarcome; si on enfonce une aiguille dans une tumeur, il s'en écoule du sang pur, comme cela est arrivé chez la jeune fille dont nous rapportons l'observation.

Tels sont les caractères physiques des nodules intra-dermiques et hypodermiques. Il est remarquable que, dans toutes les observations publiées, on n'ait pas observé de troubles de la sensibilité. Ces tumeurs poussent et se multiplient dans et sous la peau, sans provoquer la moindre douleur, et la palpation appuyée à leur niveau provoque à peine un peu de sensibilité. Dans nos deux cas, les nodules sous-cutanés paraissaient absolument insensibles. Toutefois, pour les cas du type décrit par Kaposi, il y a lieu d'ajouter qu'on a observé, à certaines périodes de leur évolution, des sensations douloureuses. Plus souvent il existe des troubles fonctionnels, et cela se comprend aisément lorsque l'affection siège au niveau de la main ou du pied.

Perrin fait remarquer, avec raison, que les sensibilités au tact, à la température et à la douleur sont parfaitement conservées. Dans certaines observations qui se rapportent à des malades suspects de névrose, il existait des phénomènes d'hypoesthésie. Mais ce sont encore là des symptômes d'exception.

La sarcomatose primitive généralisée de la peau ne retentit pas sur le système ganglionnaire, ce qui est d'ailleurs la règle dans le sarcome. On n'a jamais observé de leucocytose. Il s'agit donc d'une maladie locale, et qui, pendant la période de début, reste exclusivement cutanée. La conservation d'un bon état général, sans perte de forces ni amaigrissement, est une preuve qu'il ne s'agit pas d'une lésion généralisée à tout l'organisme. Il nous reste maintenant à dire quels sont les divers modes d'évolution que peut suivre cette affection.

## Évolution.

Il y a lieu de considérer séparément, comme le fait Perrin, 1° l'évolution des tumeurs en elles-mêmes; 2° l'évolution de l'affection proprement dite.

Les nodules sarcomateux peuvent, soit rester stationnaires, soit disparaître sous l'influence d'un traitement, soit se pédiculiser et s'ulcérer, soit, ce qui est le cas le plus fréquent, se multiplier sur toute la surface du corps.

Rarement, les sarcomes cutanés restent stationnaires. En tout cas, s'il en est certains qui présentent de la tendance à demeurer avec leur volume primitif, et même à régresser, les tumeurs voisines continuent à évoluer. Il est rare que la néoplasie se pédiculise, et il est bien probable que, dans quelques observations où le fait s'est produit, il ne s'agissait pas de sarcome véritable, mais de fibromes, par exemple.

L'ulcération est une complication plus fréquente, mais qui se rencontre surtout lorsque la peau est envahie. Rarement, les tumeurs hypodermiques y aboutissent primitivement. Dans les deux cas, la peau devient d'un rouge foncé, qui passe bientôt au brun noirâtre, s'amincit et se déchire, laissant voir une surface fongueuse, saignant facilement. En même temps que la généralisation se fait, l'affaiblissement général survient, la cachexie apparaît, qui traduit l'infection générale de l'organisme.

Envisagée au point de vue de la maladie dans son ensemble, la lecture des observations publiées nous montre qu'il en existe trois types principaux.

Dans le premier, qui correspond au type décrit par Kaposi en 1870, la maladie commence par les extrémités et reste localisée plusieurs mois, et, à un certain moment, sans cause apparente, une efflorescence de nodules semblables à la tumeur primitive

se produit, qui peut envahir toutes les régions du corps, ainsi que la muqueuse buccale. Dans un deuxième mode d'évolution, le début se produit dans une région quelconque du corps, à la cuisse, comme chez le malade de M. Grasset, et au bout de quelque temps des productions semblables apparaissent, en respectant toutefois les extrémités. Enfin, dans la dernière variété, un nodule sarcomateux se développe insidieusement dans une région et reste solitaire pendant plusieurs mois (six mois dans le cas d'Hardaway), puis survient une généralisation très rapide, qui s'étend également aux extrémités.

### **Terminaison et Généralisation.**

Sauf dans les cas où une embolie tue le malade au début de la généralisation, la cachexie apparaît. La fièvre se montre, se traduisant par des oscillations irrégulières s'accompagnant d'affaiblissement extrême et de troubles digestifs.

D'autres fois, l'ulcération d'une tumeur constitue une porte d'entrée pour les microbes des infections secondaires, et la septicémie accélère la marche de la maladie. Mais la généralisation fait bien souvent, à elle seule, tous les frais de la période ultime de la maladie. Des nodules envahissent les muqueuses nasale, laryngée et trachéale et celles du tube digestif. Kaposi a bien montré la fréquence de noyaux néoplasiques secondaires dans la paroi du gros intestin, mais on en trouve aussi dans les poumons, le foie, les reins et la rate. Legendre et Dauchez ont relaté une observation dans laquelle la généralisation avait atteint le cerveau. Mais les autopsies sont rarement faites, et il est difficile de dire quels sont les organes le plus souvent frappés par la généralisation.

Nous devons ajouter que certains auteurs ont signalé la possi-

bilité de transformation d'un sarcome cutané en épithéliome.

Mais, à l'heure actuelle, cette hypothèse n'est plus admise, et les observations dans lesquelles on a trouvé un épithélioma développé sur un sarcome, se rapportent simplement à des cas où les deux tumeurs coïncidaient et évoluaient parallèlement sur le même point.

### Pronostic.

Dès 1870, Kaposi affirmait que « l'affection devait être considérée dès le début non seulement comme incurable mais comme mortelle ». Tous les cas, en effet, qui ont été suivis, ont eu une issue fatale. Toutefois, le sarcome cutané primitif a une marche relativement plus lente que beaucoup d'autres sarcomes. Beaucoup d'auteurs ont observé que les noyaux primitifs persistaient pendant plusieurs années sans s'accroître, et tendaient même à une régression temporaire. On sait qu'il n'en est pas de même pour les sarcomes profonds.

L'âge du malade a une influence très réelle sur la rapidité de l'évolution ; chez les enfants, la généralisation se fait vite, et la mort survient en moins d'un an. La jeune fille que nous avons observée a succombé au bout de cinq mois, probablement à de la généralisation viscérale.

La structure du sarcome doit évidemment constituer un élément de pronostic. Mais tout ce que l'on peut dire à l'heure actuelle, c'est que cette tumeur est d'autant plus rapide dans sa marche qu'elle est moins élevée dans sa structure, et que son début fut rapide. Il est rare, lorsqu'il se fait une véritable éruption dès le commencement, qu'on observe ces temps d'arrêt qui peuvent durer des années, et qui sont un des caractères de la sarcomatose cutanée.

Le nombre des observations est insuffisant pour pouvoir dire si la mort survient avant que la généralisation viscérale ne se soit faite et que la cachexie n'ait commencé. Il semble toutefois, d'après les cas publiés, que les malades soient plus à l'abri que dans les autres sarcomes, des embolies brutales qui amènent la mort au milieu d'une bonne santé apparente.

---

## CHAPITRE VI

### Diagnostic.

---

Le diagnostic de cette affection est surtout difficile à la période de début, alors qu'il n'existe qu'un petit nombre et quelquefois un seul nodule sarcomateux. Dans ce cas, il faut distinguer tout d'abord entre les cas où le nodule est intradermique et les cas où il est hypodermique. Dans le premier genre de lésion, qui seul s'accompagne de modifications de la peau, la confusion est surtout possible avec le mycosis fongoïde, considéré aujourd'hui comme une production lymphadénique cutanée. Aussi est-ce de cette affection qu'il faut surtout ici préciser les caractères différentiels.

Le *mycosis fongoïde* a cependant une physionomie bien particulière et s'accompagne de modifications de la peau qui lui sont pour ainsi dire personnelles : A la période prémycosique, c'est-à-dire avant l'apparition des tumeurs, la lésion se montre sous forme de plaques érythémateuses rouges, que la pression du doigt n'efface pas, légèrement saillantes ; à leur niveau, la peau est le siège de démangeaisons et quelquefois recouverte de squames épidermiques. On voit donc que les modifications de la peau de cette période diffèrent déjà de celles que l'on rencontre dans la sarcomatose.

Mais la différence s'accuse bientôt : au bout de plusieurs mois, quelquefois après un ou deux seulement, la peau prend un aspect particulier : elle devient sèche, rugueuse, et se fissure ; au niveau des téguments œdématiés et infiltrés, il se forme des « plaques lichenoïdes (Bazin), de couleur rouge plus ou moins

foncé, qui augmentent peu à peu. *Jamais dans la sarcomatose cutanée on n'observe cette lichenification des téguments*, et, lorsqu'on suit l'évolution de cette affection, l'absence de cette altération de la peau permet à coup sûr d'éviter la confusion. A mesure que le mycosis fongoïde évolue, sa physionomie clinique s'éloigne de celle du sarcome ; à la période mycosique proprement dite, sur les plaques lichénoides, se développent des végétations d'aspect verruqueux, framboisé, à surface mamelonnée. En même temps, et ceci est encore un signe différentiel, les ganglions des aines, des aisselles, du cou se tuméfient et décèlent la lymphadénie généralisée.

On voit donc que le mycosis fongoïde, dans les cas types tout au moins, ne doit pas être confondu avec la sarcomatose cutanée primitive. Cependant il s'en faut que la lésion soit toujours aussi nette ; de plus, on n'a pas toujours l'occasion d'observer la période de lichenification qui constitue un des plus importants symptômes. Dans les deux cas dont nous rapportons l'observation, la confusion n'était pas possible, d'autant plus qu'il s'agissait de sarcomatose sous-cutanée.

Un certain nombre d'autres affections étaient soigneusement séparées de la sarcomatose cutanée par les anciens auteurs : les *cysticerques* de la peau et du tissu cellulaire, la *morve*, les *gommes syphilitiques*, les *gommes scrofuleuses* et le *lupus*, les *nodosités* rhumatismales, les *névromes* de la peau, les *tubercules sous-cutanés douloureux*, les *chéloïdes* ou *hypertrophies de cicatrices*, le *molluscum fibreux*, les *myomes* et l'*épithélioma* de la peau.

A l'heure actuelle, on connaît trop bien l'évolution et les caractères différentiels de ces diverses lésions pour qu'il soit nécessaire de les séparer de la sarcomatose cutanée, avec laquelle la confusion n'est pas possible. Toutefois, nous devons dire un mot des *kéloïdes* sous-cutanées, du *molluscum* et des *myomes* de la peau.

La *kéloïde* vraie, caractérisée par l'hypertrophie d'une cicatrice quelquefois à peine visible au début, comme une pustule d'acné,

ne rentre pas dans le débat. Mais il en est une variété, que Hutchinson a appelée *kéloïde sous-cutanée*, qui prend naissance dans le tissu cellulaire sous-dermique, et ne tend jamais à former de plaques saillantes. La palpation permet d'en apprécier les caractères : elle forme une plaque dure, ligneuse, souvent douloureuse, sans tendance à la généralisation. L'examen microscopique montre qu'il s'agit de tissu purement fibreux.

La consistance flasque, quelquefois un peu dure et élastique, la coloration normale ou à peine rosée de la peau, le volume des tumeurs, qui peut atteindre plusieurs kilogrammes, la lenteur de l'évolution, sont les signes qui différencient le *molluscum fibreux* de la sarcomatose cutanée. Mais il n'est pas très rare d'observer ce que l'on a appelé la *fibromatose généralisée*, et, comme le dit Perrin, cette affection est encore très différente de la sarcomatose, sous le couvert des apparences. Elle est d'abord toujours congénitale, contrairement au fibrome localisé et au sarcome ; il coexiste de plus presque toujours d'autres lésions congénitales, en particulier des *noëvi* ; enfin la lésion reste immobile, sans s'accroître en même temps que l'individu. Il s'en faut qu'il en soit ainsi toujours : on a vu des fibromatoses généralisées subir une transformation maligne et évoluer rapidement avec les caractères cliniques et anatomiques de la sarcomatose. Cimmino, dans le journal italien des maladies cutanées (XXVI, I, 1892), en a récemment publié un fait. En 1889, von Bergmann avait noté la coexistence de fibromes multiples et de sarcomes et la généralisation des deux lésions. Il résulte de la connaissance de ces faits que la fibromatose doit être observée attentivement pour saisir le moment où la dégénérescence sarcomateuse commence.

Quant aux *myomes* de la peau, ils sont extrêmement rares, et il est très difficile d'en affirmer la nature sans examen histologique. L'extirpation de la tumeur qui supprimera la lésion servira en même temps de moyen de diagnostic.

---

## CHAPITRE VII

### Traitement.

---

Les considérations précédentes nous ont permis de conclure que la sarcomatose cutanée généralisée entraînait la mort à échéance plus ou moins lointaine, comme cela arrive dans tous les cas de sarcome diagnostiqués anatomiquement.

Les auteurs rapportent cependant un certain nombre de cas de guérison. Köbner fut le premier à en publier une observation en 1882. Shattück, en 1885, en publia un second ; le traitement avait consisté en injections hypodermiques de liqueur de Fowler. Mais, comme on l'a justement objecté, il eût été nécessaire, pour entraîner la conviction, de donner un examen histologique détaillé ; étant donné ce que l'on sait actuellement sur la malignité des sarcomes, il est permis de penser qu'on était en présence de tumeurs non sarcomateuses.

Pendant longtemps, le traitement palliatif qui a donné les meilleurs résultats a paru être l'arsenic employé à doses assez élevées. Il a au moins l'avantage, comme les médicaments nervins, de soutenir l'état général et, administré par la voie hypodermique, de ne pas provoquer des troubles digestifs. Si on tente son emploi, les injections seront faites dans les fesses, en plein tissu, parce que ce sont les régions où elles sont le mieux tolérées. Köbner fit, pendant trois mois, cinquante et une injections, qui représentaient 8 grammes de liqueur de Fowler, mais il fut souvent obligé de les suspendre à cause de poussées de céphalalgie intense. Au bout de cette période, il augmenta la dose et

parvint, en injectant neuf gouttes à la fois, à faire diminuer notablement tous les noyaux sarcomateux. Arrivé à ce résultat, les injections furent suspendues pendant quelques semaines, puis furent reprises pendant deux mois et continuées jusqu'au mois de mars, mais avec de fréquentes interruptions. Pendant ces deux mois, on injecta 6 grammes de solution d'arséniate de potasse, de sorte qu'en totalité on n'employa pas plus de 20<sup>er</sup>, 75 de cette solution, c'est-à-dire 28 centigr. d'acide arsénieux pur. Sous cette influence, les dernières traces de dureté disparurent autour des cicatrices, qui prirent une coloration blanchâtre.

Dans les cas où on arrive assez tôt, lorsqu'il existe seulement un petit nombre de nodules, la thérapeutique n'est cependant pas désespérée. L'intervention chirurgicale s'impose, la récurrence peut ne suivre ni accompagner l'intervention. Mais l'ablation doit être radicale et tentée aussitôt que possible.

Les sarcomes mélaniques font exception à cette règle. On ne doit point les opérer, car leur évolution se fait avec une rapidité effroyable, et, bien loin de l'arrêter, l'ablation, au contraire, semble l'activer.

Cette récurrence est si prompte que Busch a pu dans un mémoire intitulé : *Du danger d'extirper les tumeurs mélaniques de la peau*, affirmer que, à la suite de l'ablation, en peu de mois la généralisation était complète.

Beaucoup de chirurgiens ont considéré les assertions de Busch comme exagérées et n'ont point accepté toutes ses conclusions ; ils enlèvent encore les tumeurs mélaniques, mais seulement lorsqu'aucun symptôme de généralisation n'est apparu. Tous les praticiens sont, en effet, d'accord pour s'abstenir de toute intervention lorsque les ganglions paraissent infectés, ou bien quand d'autres signes de généralisation apparaissent. Parmi ces signes nous notons l'apparition des taches noirâtres survenues secondairement sur la peau soit près de la tumeur, soit à plus forte raison dans une autre partie du corps.

Le chirurgien ne devra pas non plus négliger les indications que l'analyse de l'urine, du sang, ou des crachats peut lui fournir. On peut, en effet, retrouver dans ces liquides des traces de pigment; c'est là un bon indice de généralisation et une indication de non-intervention.

Nous empruntons à M. le professeur Forgue la statistique de Dietrich, que Boulay reproduisit et compléta. Cette statistique montre que les résultats sont désastreux, elle porte sur un nombre de cas suffisamment nombreux pour permettre d'en tirer des conclusions et fait ressortir, bien clairement, la rapidité avec laquelle la marche du néoplasme s'accélère toutes les fois que la récidive, ce qui arrive le plus souvent, apparaît. L'intervention abrège la vie du malade en hâtant la généralisation.

72 malades sur 115 opérés moururent peu après l'opération, par récidive ou par complication. Dans 24 cas, la mort fut retardée de quelque temps grâce à l'intervention. La guérison fut obtenue dans 19 cas seulement.

Le tableau suivant présente 53 cas, dans lesquels on a noté le temps écoulé entre la première opération et la mort :

|                           |               |
|---------------------------|---------------|
| 15 jours et moins. ....   | 12 cas        |
| De 15 jours à 1 mois..... | 4 —           |
| De 1 à 6 mois.....        | 11 —          |
| De 6 à 12 mois.....       | 17 —          |
| De 12 mois à 2 ans.....   | 7 —           |
| De 2 à 3 ans.....         | 1 —           |
| De 10 ans.. ..            | 1 —           |
| Total.....                | <u>53 cas</u> |

La moyenne de survie déduite de ce tableau nous donne le chiffre de 6 à 7 mois et pour la récidive celui de 4 mois. Le peu de succès ou plutôt la nocuité de l'intervention paraîtra plus évidente si l'on examine le tableau suivant, dans lequel 111 cas

sont relatés et où se trouve indiqué le temps écoulé entre l'apparition de la tumeur et l'intervention chirurgicale :

|                   |         |
|-------------------|---------|
| 1 à 6 mois .....  | 18 cas  |
| 6 à 12 mois ..... | 25 —    |
| 1 à 2 ans .....   | 26 —    |
| 2 à 3 ans .....   | 17 —    |
| 3 à 4 ans .....   | 12 —    |
| 4 à 10 ans .....  | 6 —     |
| 10 ans .....      | 1 —     |
| 12 ans .....      | 2 —     |
| 17 ans .....      | 1 —     |
| 20 ans .....      | 3 —     |
| Total.....        | 111 cas |

La moyenne de la durée du mal avant l'opération est donc de 2,84 ans.

L'examen de plusieurs faits en particulier vient encore prouver d'une façon plus éloquente la gravité de l'intervention. Krönlein cite un cas où un malade vit en trois mois une récurrence envahir complètement la jambe après l'ablation d'un sarcome mélanique plantaire qui avait mis douze ans pour évoluer.

Dix mois après l'opération, le malade de Weiner succomba, et le sarcome mélanique du pied dont il était atteint datait de deux ans et demi. Les 24 survivants qui virent récidiver leur affection ne furent observés que pendant fort peu de temps ; un seul fut suivi jusqu'au septième mois, on ne peut donc attacher une grande importance à ces quelques cas. Les 19 cas de guérison ne prouvent point non plus beaucoup en faveur de l'intervention chirurgicale ; on les a déclarés guéris parce que d'un an aucune nouvelle opération ne fut nécessaire, et sept seulement survécurent trois ans sans généralisation.

Tous ces faits viennent donc à l'appui de la thèse de Busch

et montrent combien la récurrence est rapide quand on tente l'exérèse. L'abstention doit donc être érigée en thèse générale dans tous les cas où il s'agit de sarcomes cutanés multiples, même en petit nombre. On n'est autorisé à intervenir avec quelque espoir de résultat que lorsque l'affection est tout à fait au début, et qu'il existe seulement deux ou trois nodules développés dans un petit rayon, à proximité les uns des autres.

---

## CONCLUSIONS

---

I. La sarcomatose cutanée primitive généralisée est extrêmement rare et constitue une des formes les moins bien connues du sarcome.

II. Son étiologie et sa pathogénie sont absolument inconnues, et dans tous les cas publiés, il a été impossible de découvrir un élément étiologique certain.

III. Dégagée des diverses appellations dont les auteurs se sont servis pour multiplier des formes en réalité peu éloignées les unes des autres dans leurs caractères essentiels, il reste en présence deux formes de sarcomatose primitive cutanée : l'une à début et à développement sous-cutané, l'autre à début et à développement dermique et hypodermique. Nos deux observations sont des exemples de cette dernière variété.

IV. La structure de cette lésion est celle du sarcome commun, sans altération spécifique de l'épiderme avant la période d'ulcération.

V. L'évolution est fatale et la mort survient par complication ou par généralisation viscérale.

---

## BIBLIOGRAPHIE

---

- AMICIS (T. DE). — Morgagni II, Napoli, 1882 et Napoli, 1883.
- ARNING. — Berlin. Klin. Wochenschr., n° 6, pag. 128, 8 février 1892.
- ANDERSON. — Méd. Times et Gaz. London 1882.
- BABÈS (V). — Ziemssen, Handbuck, 1884, pag. 469.
- VON BERGMANN. — Berl. Klinische Wochenschrift, n° 52, pag. 118, 30  
déc. 1889.
- BERNE. — Pathol. gén., tom. IV.
- BESNIER (E). — Ann. dermat., 2<sup>e</sup> sér., tom. I, 1880, pag. 25.
- BESNIER (E). — Ann. dermat., 2<sup>e</sup> sér., tom. VI, 1885, n° 6.
- BESNIER (E). — Ann. dermat., 2<sup>e</sup> sér., tom. II, 1881.
- BEURMANN (DE). — Soc. anat., 1855, pag. 742.
- BIMBACHER. — Centralb. f. prakt-Angenheilk., 1884.
- BUSCH. — Berliner klinish. Wochens., 1880, n° 16.
- BUHKLEY. — Boston M. et S. J. 1880.
- BROcq ET VIDAL. — France méd., T. H., 1882.
- CIMMINO. — Giorn. ital. della ven. XXVI, I, 1892.
- CORNIL ET RANVIER. — France méd.
- COSTA. — Gaz. degli ospét., n° 11, 1889.
- DAUCHEZ ET LE GENDRE. — France méd., 22 et 25 déc. 1883.
- DEBOVE. — Bull. de la Soc. anat., 1872.
- DEMANGE. — Th. de Paris, 1874.
- DURET. — Archiv. de phys., 1873.
- FILETI. — Giorn. ital. mal. ven., XXX, 4, 1896.
- ENGELSTEDT. — Nordiskt-Méd. ark. Bd. VII.
- FORGUE ET RECLUS. — Traité de thérapeutique Chirurg., 1898, T. II.
- L. FAURE. — In traité de Le Dentu et Delte, tom. I, pag. 375.
- GAIRDNER (JAMES) ET J. COATS. — Transact. of the path. soc. of London,  
XXX, 1879.
- GALLIARD. — Ann. dermat. Paris, 1882.

- GAUCHER. — Leçons sur les maladies de la peau, tom. II, pag. 275 et suiv.
- GIBERT. — Montpellier Médical, 5 février 1889.
- GATTI. — Giornale della R. Accad. di medicina di Torino, pag. 733, août 1892.
- GROSS. — Phil. med. Times 1880, XI.
- GRAVAGNA. — Giorn. ital. med. vener. XXXII, pag. 764, 1897.
- GUSSENBAUER. — Archiv. f. path. anat. and. phys., tom. LXIII.
- HALLÉ. — Société anatom. 9 nov. 1883.
- HALLOPEAU. — Archiv. de dermatologie, X. n° 11, 1890.
- HALLOPEAU. — Revue des sciences médicales, 1885.
- HALLOPEAU ET JEANSELME. — Annales de dermatologie, nov. 1892.
- HARDAWAY (W. A.). — Journal of cut. and. ven. diseases, janv. 1883 et oct. 1884.
- HÉNOQUE. — Dictionnaire des sc. méd. (art. sarcome).
- HEURTEAUX. — Dict. de méd. et de chir. pratiqu. (art. sarcome).
- HEURTEAUX. — Bull. de la Soc. de chir., 20 janv. 1875.
- HOLDEN (LUTHER). — St. Barthol. Lorp. rep. 1878.
- HUGUENIN. — Soc. sc. méd. de Zurich, nov. 1873.
- GARRY. — Soc. anat., 25 fév. 1881.
- JOJA. — Arch. ital. de mal. vener. XXIII, 3.
- LE GENDRE ET DAUCHEZ. — France méd., 1883.
- LEGG-WICKAM. — Trans. of pathol. soc. of London, XXXV, 1884.
- LUDLOW. — Boston med. and surgical journ. fév. 1885.
- KAPOSI. — Wiener médic. Woch. 1885.
- KOBNER. — Archiv. für dermat. und syphil. 1869.
- KOBNER. — Berlin klin. wochenschr., 1883 n° 2 et 1883 n° 27.
- KORTE. — Deutsche klinik, n° 22, 1863.
- KREVET. — Deut. milit. zeit., n° 6, pag. 241, 1889.
- MILLARD. — Bull. de la Soc. méd. des hôp. de Paris, 1880.
- MALHERBE. — Ann. de dermat. VIII, pag. 153, 1897.
- NACHTER. — Deutsch. archiv. für klin. med. 1883.
- NEPVEU. — Soc. de biol. mai 1872.
- OVION. — Soc. anat. Paris, mars, 1878.
- OZENNE. — Soc. anat. Paris, mars 1880.
- PERRIN ET LEREDDE. — Société franç. de dermat., 15 nov. 1896.
- PETEL. — Soc. anat., 1875.
- POUCHET. — Soc. de biol. 1881.

- PHILIPPART. — Bull. de l'Acad. de Belgique, tom. XIV, 1880.  
REY (F). — Soc. anat. 1879.  
SCHATTUCK. — Journal of the american med. assoc., 1885,  
STRAVINO. — Giorn. ital. mol. ven. XXII, pag. 155, 1898.  
TANDLER. — Arch. für dermat. XLI, pag. 613, 1897.  
TAYLOR. — Arch. of dermat. of New-York, 1875.  
VANVERTS. — Société anatomique, 1<sup>er</sup> avril 1898.  
VIDAL. — Soc. de biolog., 1875.  
VIDAL ET BROCC. — France med., tom. II, 1885.  
VIRCHOW. — Pathol. des tumeurs, tom. II.  
WEBBER. — Boston med. and surg. journ., janv. 1873.  
WIGGLESWORTH (EDW). — Archiv. of dermat. of New-York, 1876.  
WENDE. — J. of. cut. dis., mai 1898.

Vu et permis d'imprimer :  
Montpellier, le 17 mars 1899.  
*Le Recteur,*  
A. BENOIST.

Vu et approuvé :  
Montpellier, le 17 mars 1899.  
*Le Doyen,*  
L. VIALLETON.



## SERMENT.

---

*En présence des Maîtres de cette École, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.*

*Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.*

---





